ESTADO DE GOIÁS
INSTITUTO DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES PUBLICOS DO ESTADO DE GOIAS

Instrução Normativa nº 176/2022

Institui critérios para os procedimentos de indicação, perícia, realização, acompanhamento, remuneração da cirurgia bariátrica e revoga ato normativo que especifica.

O Presidente do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, no uso de suas atribuições legais notadamente, em especial a autorização do art. 5º da Lei nº 17.477, de 25 de novembro de 2011, e do art. 50 do Decreto nº 7.595 de 09 de abril de 2012, no que pertine à competência para expedição dos atos normativos que disciplinam o funcionamento do sistema assistencial sob responsabilidade do IPASGO;

Considerando, ainda, a necessidade de cumprimento da norma NBR ISO 9001:2015 e do Sistema de Gestão da Qualidade – SGQ;

Art. 1º O procedimento para tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, denominado cirurgia bariátrica, para os usuários do Sistema IPASGO Saúde, somente poderá ser autorizado e realizado segundo as determinações contidas nesta Instrução Normativa.

§ 1º A cirurgia bariátrica constitui procedimento eletivo e somente poderá ser realizado por usuários fora dos períodos de carência previstos na Legislação que regulamenta o Sistema IPASGO Saúde.

§ 2º A cirurgia bariátrica constitui procedimento eletivo e somente pode ser realizado em hospital credenciado junto ao IPASGO, limitado ao rol de cobertura previsto nas Tabelas próprias do Instituto, quando o estabelecimento prestador possuir:

I - equipe Multiprofissional, composta por profissionais portadores de certificado de habilitação emitido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e pela COESAS (Comissões de Especialidades Associadas), nas seguintes áreas e ou especialidades:

a) coordenador Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo, credenciado junto ao IPASGO, com proficiência para a realização da Cirurgia Bariátrica;

b) psicólogo;

c) fisioterapeuta;

d) nutricionista;

e) enfermeiro.

II - unidade de Terapia Intensiva;

III - ambulatório específico de avaliação pré operatória e acompanhamento pós-operatório;

IV - rotinas escritas de funcionamento que contemplem os seguintes procedimentos:

a) médicos-cirúrgicos;

b) enfermagem;

c) suporte nutricional;

d) suporte psicológico;

e) controle de infecção;

f) acompanhamento ambulatorial pós-operatório.

Art. 2º A cirurgia bariátrica será autorizada por via laparotômica ou por via laparoscópica, mediante solicitação específica do médico assistente, em pacientes com as seguintes características:

I - idade entre 16 (dezesseis) e 70 (setenta) anos completos, observados os seguintes requisitos:

a) adolescentes com 16 anos completos e menores de 18 anos poderão ser operados, respeitadas as condições estabelecidas neste artigo, bem como do cumprimento às exigências legais, observado, ainda, o atendimento às seguintes condições:

1. concordância e termo de ciência, por escrito, dos pais ou responsáveis legais;

2. presença de pediatra na equipe multiprofissional;

3. consolidação das cartilagens das epífises de crescimento dos punhos e outras precauções especiais, e após a correta avaliação e análise do risco-benefício.

b) os pacientes acima de 65 anos poderão realizar a cirurgia bariátrica desde que respeitadas todas as condições estabelecidas nesta normativa, além de avaliação individual por equipe multiprofissional, avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

II - pacientes diagnosticados portadores de obesidade de grandes proporções há pelo menos 2 (dois) anos e que tenham sido submetidos a tratamentos clínicos de obesidade com médico, nutricionista ou outro profissional de saúde, e que não tenham obtido resultado na adequação do peso, o que deverá ser comprovado por meio de relatório do profissional assistente;

III - portadores de índice de massa corporal superior a 40 kg/m², comprovadamente resistentes a outros tratamentos conservadores;

IV - portadores de obesidade com índice de massa corporal superior a 35 kg/m² que apresentem pelo menos uma das seguintes comorbidades:

a) diabetes Mellitus;

b) hipertensão Arterial Sistêmica;

c) artropatias degenerativas comprovadamente causadas pela Obesidade;

d) hérnia discal;

e) apneia do sono

Art. 3º É vedada a cobertura pelo Sistema IPASGO Saúde em todos os casos em que a cirurgia bariátrica é contraindicada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, pelo Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, e demais Instituições reconhecidas para atenção à saúde no Brasil, a saber, pacientes portadores de:

I - patologias endócrinas causadoras de obesidade;

II - cirrose hepática;

III - cardiopatias graves;

IV - pneumonias crônicas;

V -insuficiência renal crônica;

VI - limitação intelectual significativa ou comprometimento da capacidade de compreender todos os aspectos do tratamento;

VII - pacientes sem suporte familiar adequado;

VIII - quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool e/ou drogas ilícitas;

IX - transtornos mentais não seguramente controlados, transtorno alimentar, depressão com tentativa de suicídio recente, psicoses, esquizofrenia.

Art. 4º Serão autorizados, além dos materiais e medicamentos habituais a cirurgias de porte similar, somente os materiais especiais indicados nos códigos e nas quantidades discriminadas nos dispositivos deste artigo.

§1º Nos casos de cirurgia por via laparotômica:

I - código 3702-8 – 01 (um) Kit Grampeador Linear mais três cargas;

II - código 5445-3 – 01 (um) anel de contenção;

III - código 5446-1 – 01 (uma) Sonda de Fouchet.

§ 2º Nos casos de cirurgia por via laparoscópica fica estabelecido o código 64173 para 01 (um) Kit Obesidade Mórbida por Vídeo.

Art. 5º A autorização de todos os procedimentos necessários à realização da cirurgia bariátrica deve ser feita mediante a utilização de Código Único, com valores conforme a Tabela IPASGO vigente, conforme a seguinte identificação:

I - 43.02.100-0 – Cirurgia da Obesidade Mórbida Qualquer Técnica sem Vídeo, ou;

II - 43.02.101-8 – Cirurgia da Obesidade Mórbida por Videolaparoscopia.

Art. 6º Em conformidade às Normas e orientações definidas pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, a realização da avaliação pela Auditoria em Serviços de Saúde do IPASGO para cobertura da cirurgia bariátrica requer o cumprimento das etapas de:

I - cadastro no sistema IPASGO para a perícia e avaliação inicial, com a entrega de documentação e relatórios específicos;

II - autuação do requerimento junto ao Multiatendimento para realização da Perícia e Avaliação Final, após o prazo mínimo de 6 (seis) meses e máximo de 12 (doze) meses da data da perícia inicial, observados os prazos de validade dos documentos apresentados;

III - Perícia e Avaliação Final pré-operatória, após o prazo mínimo de 6 (seis) meses e máximo de 12 (doze) meses da data da perícia inicial e respeitada a validade dos documentos apresentados.

§ 1º O usuário deverá comparecer para perícia inicial, pré-agendada via telefone, e cadastrada solicitação em sistema (SAAT, e apresentar o Termo de Ciência de Perícia do ANEXO I assinado, além dos laudos dos profissionais assistentes que relatem de forma detalhada quanto ao seu atual estado de saúde, da necessidade e da indicação de realização de cirurgia bariátrica de acordo com o que seja pertinente ao:

I - laudo do Cirurgião;

II - laudo do Nutricionista;

III - relatório Psicológico, com o respectivo Plano Terapêutico proposto; e,

IV - exames que comprovem comorbidades, quando necessário.

§ 2º Realizado o processo de perícia inicial pela Equipe de Auditoria em Serviços de Saúde do IPASGO, o paciente receberá a autorização prévia para prosseguir no processo de pré-operatório, devendo autuar a solicitação no Multiatendimento para o retorno após 6 (seis) a 12(doze) meses para a perícia final. Esta perícia deverá ser pré-agendada via telefone e cadastrada a solicitação em sistema (SAAT), ocasião em que o paciente deverá apresentar novos laudos atestando seu estado de saúde e relatando o acompanhamento em pré-operatório, expedidos pelos seguintes profissionais:

I - cirurgião;

II - médico endocrinologista;

III - médico cardiologista;

IV - médico pneumologista;

V - fisioterapeuta;

VI - nutricionista, com avaliações periódicas a cada 06 (seis) meses;

VII - psicólogo, com os formulários requeridos pela Auditoria de Psicologia nos termos do ANEXO II;

VIII - médico psiquiatra, se necessário.

§3º O paciente apresentará os exames que comprovem comorbidades, quando necessário e caso não tenham sido apresentados na perícia inicial.

§ 4º Todos os laudos e exames são válidos por até 90 (noventa) dias e deverão ser apresentados em papel timbrado ou que contenham endereço, telefone e número do conselho profissional, devendo constar a assinatura do responsável e a data da emissão.

§ 5º Os laudos médicos deverão conter o número de RQE (Registro de Qualificação de Especialista) exigido pelo Conselho Federal de Medicina, o qual será conferido no ato da entrega nas perícias inicial e final.

§ 6º Os casos considerados excepcionais e graves de Obesidade e comorbidades associadas poderão ser avaliados de forma individual e absolutamente técnica, para autorização de cirurgia na perícia inicial, a critério da Equipe de Auditoria em Serviços de Saúde do IPASGO.

Art. 7º Quando da realização da perícia de Nutrição o usuário deverá comparecer com vestimentas leves, sem adornos e com calçados de fácil retirada.

Parágrafo único. O laudo de nutrição apresentado tanto em perícia inicial como em perícia final será expedido pelo Nutricionista assistente (atual) e contemplar, abranger, os seguintes dados:

I - histórico de tratamentos prévios (em casos nos quais não foi possível a emissão do relatório pelo próprio profissional que acompanhou o paciente);

II - tempo de acompanhamento/número de consultas nutricionais no pré-cirúrgico, com a evolução do peso do paciente aferido durante as consultas;

III - tratamento nutricional ao qual o paciente tem se submetido e sua evolução, como por exemplo: a reeducação alimentar e/ou dieta hipocalórica com meta de redução de peso e/ou orientações nutricionais, dentre outros;

IV - avaliação antropométrica constando no mínimo o peso, estatura, IMC e o diagnóstico nutricional;

V - condição alimentar e nutricional do paciente para o processo cirúrgico;

VI - ciência expressa do paciente sobre todas as condições nutricionais pré e pós cirúrgicas.

Art. 8º Para a perícia de psicologia o usuário deverá agendar a data e apresentar os documentos exigidos pela Auditoria de Psicologia, nos termos do ANEXO II - Formulários 1, 2 e 3, (disponíveis no sítio eletrônico do IPASGO), assinados e carimbados pelo profissional responsável, em papel timbrado, com o parecer favorável. Os relatórios fora dos padrões solicitados no ANEXO II não serão aceitos nas perícias.

§ 1º No procedimento de perícia inicial de psicologia o usuário deverá apresentar relatório psicológico contendo a avaliação inicial realizada pelo psicólogo assistente relatando seu atual estado de saúde mental e o plano terapêutico proposto pelo profissional, conforme modelo apresentado no ANEXO II - FORMULÁRIO 1, em papel timbrado, datado, carimbado e assinado.

§ 2º Nos casos de tratamentos psiquiátricos antecedentes ou possíveis sintomas detectados pelos profissionais assistentes será exigida a apresentação de laudo comprobatório de acompanhamento psiquiátrico e aptidão para o procedimento cirúrgico na perícia final de psicologia.

§ 3º Concluídas as sessões de psicoterapia, pelo período mínimo de seis (6) meses, o usuário deverá agendar perícia final e apresentar relatórios do ANEXO II – Formulários 2 e 3, com o relato das datas dos atendimentos. Nessa etapa do procedimento pré operatório, a Auditoria de Psicologia realizará a perícia e o preenchimento do Formulário de Autorização para Cirurgia de Obesidade Mórbida.

Art. 9º A perícia médica consiste tanto em etapa final do processo de pré- autorização, como da autorização final do procedimento de cirurgia bariátrica. Após a finalização das perícias de Nutrição e Psicologia, e exarados os pertinentes pareceres favoráveis, e de posse de todos os exames complementares e demais laudos, o auditor Médico avaliará se o usuário preenche todos os critérios estabelecidos, devendo registrar a autorização ou negativa do procedimento, em sistema específico do Instituto (SAAT).

Parágrafo Único. Caso o procedimento cirúrgico seja negado por falta de documentos comprobatórios e/ou inconsistentes, o usuário poderá reapresentar o documento na próxima data de perícia.

Art. 10 Em casos de solicitações negadas por IMC menor que 35kg/m², ou IMC entre 35 e 40kg/m², verificado durante a perícia, sem comorbidades associadas relatadas em laudos e comprovadas com documentação exigida pela Auditoria, o usuário terá o prazo de 3 (três) meses para dar continuidade aos tratamentos convencionais. Durante esse período, não haverá reavaliação da solicitação pela Auditoria do IPASGO. Após vencido o prazo, o usuário poderá apresentar-se à Auditoria para nova solicitação de avaliação, portando toda a documentação exigida, bem como a comprovação de falha em tratamentos convencionais.

Art. 11 Em caso de tentativas de fraude ao processo de avaliação e autorização da cirurgia bariátrica porventura detectadas pela Equipe de Auditoria durante o procedimento de perícia do usuário, poderão ser aplicadas penalidades de acordo com o artigo 58, da Lei nº17.477/2011, devendo o usuário ser informado mediante assinatura do Termo de Ciência entregue em perícia inicial, em formulário com o teor do ANEXO I.

Art. 12 Fica determinado que somente após a autorização final do procedimento de Cirurgia Bariátrica, pelo IPASGO, o ato cirúrgico será agendado pelo profissional credenciado que o executará.

Parágrafo único. Após autorização no sistema SAAT/IPASGO, a Guia de Cirurgia de Obesidade Mórbida terá validade por 30 (trinta) dias, e que após sua emissão a validade será de 15 (quinze) dias.

Art. 13 Não será permitido ao credenciado a cobrança de valores a qualquer título, do usuário do IPASGO Saúde, durante o período de internação, seja de honorários médicos, diárias, taxas, exames complementares, materiais ou medicamentos.

Parágrafo único. O IPASGO não se responsabilizará por nenhuma espécie de acordo realizado entre médico e paciente para procedimentos, acomodações ou materiais que não estejam previstos nos serviços credenciados ou na cobertura da modalidade autorizada pelo Instituto, porventura negociada e ou paga pelo usuário ou por sue representante.

Art. 14 Fica revogada a Instrução Normativa nº 32/2004.

Art. 15 Esta Instrução entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO I

TERMO DE CIÊNCIA DE PERÍCIA

O usuário está ciente de que será submetido às perícias médica, de nutrição e de psicologia para avaliação da solicitação de Cirurgia de Obesidade Mórbida.

As perícias poderão ser filmadas e fotografadas. O auditor também poderá, a qualquer momento, solicitar que o usuário comprove que esteja vestindo apenas roupas leves. Esses protocolos não induzem a violação de privacidade e honra do usuário.

Todas as informações relatadas e apresentadas no momento da perícia deverão ser verdadeiras. Caso seja verificada qualquer informação que configure má-fé e/ou utilização indevida dos serviços do IPASGO Saúde, o usuário estará sujeito às seguintes penalidades, de acordo com o artigo 58, da Lei nº17.477/2011:

I – advertência escrita expedida pelo Presidente do IPASGO, no caso de falta leve;

II – suspensão do IPASGO Saúde, mediante comunicação formal ao órgão de origem do segurado titular, por um período de 90 (noventa) a 360 (trezentos e sessenta) dias, sem prejuízo do ressarcimento integral das despesas decorrentes do uso indevido do Plano, no caso de falta grave;

III – exclusão do IPASGO Saúde, sem prejuízo do ressarcimento integral das despesas decorrentes do uso indevido, no caso de falta gravíssima.

Data: _____/_____/_____.

Nome por extenso: _____

Assinatura: _____

ANEXO II

FORMULÁRIO 1

Relatório Psicológico e/ou do Psicodiagnóstico para candidatos à Cirurgia Bariátrica

1. **Identificação**

Nome do usuário:

Data de nascimento:

Estado civil:

Psicólogo Responsável/ CRP:

Assunto: Resultado de Avaliação Psicológica para Candidato à Cirurgia Bariátrica

2. **Descrição detalhada da demanda**

– Narração das informações referentes à problemática apresentada e dos motivos, razões e expectativas que produziram o pedido do documento. Apresentar a análise que se faz da demanda de forma a justificar o procedimento adotado.

3. **Procedimentos**

– Nomeação e descrição detalhada dos instrumentos técnicos utilizados para coletar as informações.

Para este procedimento devem ser avaliadas as habilidades através de cada um dos seguintes tipos de testes:

- Inventários de sintomas depressivos;

- Inventários de sintomas de ansiedade;

- Escalas de avaliação da imagem corporal;

- Testes de personalidade;

- Testes de raciocínio.

O psicólogo assistente tem a prerrogativa de decidir quais são os testes psicológicos a serem empregados nesta avaliação, desde que com parecer favorável pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATPSI) do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e em consonância com as orientações do presente formulários.

– Necessário informar número de encontros com respectivas datas e se houve ou não encontros em grupo ou com familiares (e sua quantidade).

4. **Análise**

– É a parte do documento na qual deve-se fazer uma exposição descritiva de forma metódica, objetiva e fiel dos dados colhidos e das situações vividas relacionados à demanda em sua complexidade.

– Deve conter obrigatoriamente informações sobre os seguintes tópicos:

1 .Estrutura da personalidade;

2. Início e maneiras de lidar com a obesidade;

3. Quantas e quais tentativas o usuário buscou para tentar emagrecer;

4. Prejuízos causados pela obesidade em sua vida pessoal, social e profissional;

5. Autoestima e imagem corporal;

6. Estado de humor;

7. Expectativas quanto ao procedimento cirúrgico;

8. Presença de compulsões, crises de ansiedade e fantasias a cerca do emagrecimento;

9. Presença de algum transtorno alimentar; de transtornos psicológicos mais graves (Transtorno Bipolar, Esquizofrenia, Depressão – sem tratamento; outros transtornos mentais e dependência química);

10. Capacidade de manutenção do controle frente a situações de stress/tensão e de aspectos psicossociais que possam comprometer os resultados.

5. **Conclusão**

– Exposição das considerações a respeito da investigação a partir das referências que subsidiaram o trabalho. As considerações geradas pelo processo de avaliação psicológica devem transmitir ao solicitante a análise da demanda em sua complexidade e do processo de avaliação psicológica como um todo.

– Indicar se o usuário encontra-se, do ponto de vista psíquico e emocional, apto a realizar a cirurgia.

– Indicar se houve ou não encaminhamento do usuário para psicoterapia pré e/ou pós-operatório.

- Local e data.

– **Assinatura e carimbo do profissional responsável, em papel timbrado.**

FORMULÁRIO 2

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Nome: _____

Apresentação pessoal (andar, vestuário, sudorese, etc):_____

Faz Psicoterapia atualmente: Sim ( ) Não ( ).

Desde ___/__/__, com _____

( ) Psicólogo/CRP _____( ) Psiquiatra/CRM _____

Faz uso de medicação Psiquiátrica atualmente. Sim ( ) Não ( ) Desde___/___/___.

Medicamentos Psiquiátricos:_____

_____

Eventos/ Antecedentes Psiquiátricos: Sim ( ) Não ( )

( ) Internação Psiquiátrica. Período de internação: _____

Atendimento de urgência. Sim ( ) Não ( ). Em ___/__/___, citar a ocorrência _____

_____

Relato de agravos / sintomas:___

Sintomas/Agravos à saúde mental (assinale com x)	**Atual**	**Passado**	Se afirmativo, citar modalidade de tratamento, ano de início e duração do mesmo
Depressivos			
Fóbica			
Transtorno de Pânico			
Anorexia/Bulimia			
Compulsões Alimentares			
Outras Compulsões (jogos, sexo, gastos, etc)			

Uso/abuso de álcool e/ou outras drogas			
Transtorno Obsessivo Compulsivo			
Impulsividade/Comportamento de Risco			
Transtorno de pensamento			
Transtorno de humor			

ESTA AVALIAÇÃO FOI REALIZADA APÓS_____ SESSÕES.

AS DATAS DA AVALIAÇÃO FORAM: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Contraindicação para cirurgia bariátrica: Sim ( ) Não ( ). Quais? _____

_____

DECLARO que acompanho este paciente desde _____/_____/_____, havendo registro no prontuário das informações aqui prestadas.

Nome do Profissional: _____CRP/UF:_____

Telefone para contato:_____

Local e data: , _____/_____/_____.

_____

Assinatura / carimbo do profissional

ESTAS INFORMAÇÕES SÃO SIGILOSAS E A ELAS TERÃO ACESSO APENAS PROFISSIONAIS DE SAÚDE RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO PERICIAL.

FORMULÁRIO 3

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Data de Nascimento: ____/_____/_____

HISTÓRIA CLÍNICA

Hipóteses Diagnósticas – verificar a existência e a intensidade dos seguintes indicadores:

– Psicose: ( )Sim ( )Não

Outra psicopatologia? ( ) Sim ( ) Não. Qual? _____

– Transtornos Alimentares: ( ) Sim ( ) Não. Se sim qual(is)? ( ) Bulimia ( ) Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica ( ) Outros

_____

– Histórico de tentativa de suicídio: ( )Sim ( ) Não

– Humor Deprimido: ( )Sim ( ) Não ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Grave

– Ansiedade: ( ) Sim ( )Não ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Grave

– Presença de sintomas essenciais (Tremores, palpitações, tonturas, etc.): _____

_____

– Consumo de álcool: ( ) Sim ( ) Não.

Tipo(s) de bebida usualmente consumida? _____

Frequência: ( ) Uma vez por mês ou menos ( ) 2 a 4 vezes por mês ( ) 2 a 3 vezes por semana ( ) 4 ou mais vezes por semana.

Quantidade ( )1 a 2 doses ( )3 a 5 doses ( )Mais de 5 doses

– Uso de drogas psicoativas: ( )Não usuário (nunca utilizou) ( ) Experimentador, não usuário ( ) Usuário atualmente abstinente (tempo?) ( ) Usuário leve ( ) Usuário moderado ( ) Uso de risco

Frequência: ( ) Esporádico ( )Mensal ( ) Semanal ( ) Diário, ou quase diário

Tipo(s) : _____

– Outras compulsões ( )Sim ( )Não. Se sim qual(is)? _____

_____

– Possui capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento bem como suas condições pós-cirúrgicas e mudanças de estilo de vida necessárias?

( ) Sim ( ) Não

– Possui habilidade de aderir às recomendações operatórias? ( ) Sim ( ) Não

– Possui suporte familiar para todas as etapas do tratamento? ( )Sim ( )Não ( ) indeterminado

TRATAMENTOS REALIZADOS

( ) Psiquiátrico – Período: _____

Uso de medicamentos ( ) Sim ( )Não Qual? _____

Dose: _____

( ) Psicológico – Período: _____

– Instrumentos psicológicos utilizados para esta avaliação (Entrevistas, testes, questionários): _____

– Número de atendimento(s) realizado(s) (em grupo/ individual): _____

– Considerações finais: _____

_____

– Conduta Terapêutica Justificada: _____

( ) Cirurgia Bariátrica indicada no momento

( ) Cirurgia Bariátrica contraindicada no momento

– Paciente foi orientado quanto aos riscos inerentes à cirurgia de obesidade severa? ( )Sim ( ) Não

- Paciente foi orientado sobre o acompanhamento multidisciplinar pós-cirúrgico por, no mínimo, 6 meses? ( ) Sim ( ) Não

Local e data:_____, _____/_____/_____.

Assinatura / carimbo do profissional

VINÍCIUS DE CECÍLIO LUZ
Presidente do Ipasgo

Documento assinado eletronicamente por **VINICIUS DE CECILIO LUZ**, **Presidente**, em 02/06/2022, às 14:50, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000030420240** e o código CRC **FB53E2BF**.